



UniCEUB

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS
CURSO DE PSICOLOGIA

A MODIFICAÇÃO COMPORTAMENTAL DA ANSIEDADE DE UNIVERSITÁRIOS EM SITUAÇÕES DE EXPOSIÇÕES ORAIS

MÔNIA CAMILLA DA CUNHA ARRUDA

BRASÍLIA- DF
JUNHO/2006

MÔNIA CAMILLA DA CUNHA ARRUDA

***A MODIFICAÇÃO COMPORTAMENTAL DA
ANSIEDADE DE UNIVERSITÁRIOS EM SITUAÇÕES
DE EXPOSIÇÕES ORAIS***

Monografia apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Psicóloga pelo Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, sob a orientação do Prof. Geison Isidro Marinho.

Brasília, junho de 2006.

...Há um tempo para cada coisa:

Tempo para nascer; tempo para morrer
Tempo para plantar; tempo para colher
Tempo para matar; tempo para curar
Tempo para destruir; tempo para construir de novo
Tempo para chorar; tempo para rir
Tempo para ficar triste; tempo para pular de alegria
Tempo para espalhar pedras; tempo para juntar pedras
Tempo para abraçar; tempo para não abraçar
Tempo para procurar; tempo para perder
Tempo para guardar; tempo para jogar fora
Tempo para rasgar; tempo para costurar
Tempo para ficar quieto; tempo para falar
Tempo para amar; tempo para odiar...

(A Bíblia Viva, Ecl 3.1-8)

AGRADECIMENTOS

- ... A **DEUS** por proporcionar-me a conclusão de mais uma etapa da vida que se consuma neste trabalho...
- ... A **FAMÍLIA**, em especial a minha mãe pela dedicação e grande apoio que me ofereceu durante esta etapa difícil...
- ... Ao professor **GEISON ISIDRO MARINHO** pelo incentivo, paciência, disposição e grande conhecimento que tornou a orientação uma valiosa colaboração para o desenvolvimento deste trabalho...
- ... As **PARTICIPANTES**, que se dispusera com compromisso e dedicação durante as sessões de intervenção...
- ... E a todos os **AMIGOS E COLEGAS**, pelos agradáveis momentos vividos e pelo laço de amizade formado...

SUMÁRIO

Lista de Figuras.....	I
Lista de Tabelas.....	II
Resumo	III
Introdução.....	01
Definição da Ansiedade.....	01
Análise Funcional da Ansiedade Social.....	03
Início do Transtorno.....	05
Sintomas.....	06
Ansiedade Social em Contexto Escolar.....	11
Intervenção Comportamental.....	13
Método.....	16
Resultados.....	20
Discussão.....	28
Referências Bibliográficas.....	32
Anexos.....	34
Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	34
Anexo 2 – Questionário de Histórico de Vida.....	36
Anexo 3 – Entrevista Semi- estruturada.....	40
Anexo 4 – Escala SUDS (Unidade Subjetiva de Ansiedade)	41
Anexo 5 – Relaxamento Progressivo de Jacobson (Treinamento Individual)	43
Anexo 6 - Quadro 1- Registro de Automonitoramento dos Primeiros Sinais de Ansiedade.....	45
Anexo 7 – Quadro 2- Registro dos Exercícios de Relaxamento (treino)	54

LISTA DE FIGURA

Figura 1 – Resultado do Teste EFN – Grupo 1 – Participante 1.....	34
Figura 2 – Resultado do Teste EFN – Grupo 1 – Participante 2.....	34
Figura 3 – Resultado do Teste EFN – Grupo 1 – Participante 3.....	35
Figura 4 – Resultado do Teste EFN – Grupo 2 – Participante 4.....	35
Figura 5 – Resultado do Teste EFN – Grupo 2 – Participante 5.....	36
Figura 6 – Comportamentos identificados pela Escala SUDS – Grupo 1.....	32
Figura 7 - Comportamentos identificados pela Escala SUDS – Grupo 2.....	32

LISTA DE TABELA

Tabela 1- Manifestações Somáticas da Ansiedade.....	15
Tabela 2 - Descrição das aplicações do Inventário de Ansiedade EFN.....	25

RESUMO

O estudo teve o objetivo de verificar e modificar o nível de ansiedade social apresentado em universitários em situações de exposições orais, por meio de intervenções baseadas na análise do comportamento. Skinner (2000), define a ansiedade como uma condição emocional complexa e aversiva que é condicionada como resultado de emparelhamento de estímulos. Sabe-se que a ansiedade gera um desconforto e tem consequências aversivas no desempenho acadêmico, manifestando os sintomas como rubor, tremores, suar as mãos e pés, que para as participantes é sinal de vergonha e insegurança. A ansiedade social se desenvolve a partir do histórico de vida das pessoas e é reforçada neste contexto por professores e colegas de sala. Esses comportamentos foram observados com muita frequência em universitários, pois diante de apresentações de trabalhos muitos não conseguem expor suas idéias se esquivando. A pesquisa foi desenvolvida com cinco estudantes universitárias do curso de psicologia, com idades entre 22 e 43 anos. O nível de ansiedade de cada participante foi medido pelo inventário EFN (Escala Fatorial de Neuroticismo), pelo polígrafo (Sonolob 650) e observação dos comportamentos e sintomas apresentados por cada participante. O EFN avalia quatro fatores como: vulnerabilidade, desajustamento psicossocial, ansiedade e depressão. Nesses fatores foram observados as reduções dos escores e as oscilações presentes de acordo com as intervenções propostas, principalmente o fator que avalia a ansiedade. As intervenções foram divididas em: linha de base, momento que há uma interação e formação de vínculo entre participantes e terapeuta, identificando a ansiedade, por meio da Escala SUDS (Unidade Subjetiva de Ansiedade) e a intensidade que ocorre para cada participante; a condição de terapia I promove a intervenção a partir do reconhecimento da ansiedade e condição de terapia II, a intervenção é realizada primeiramente com o treinamento das habilidades sociais, sob as leitura e discussão de textos polêmicos, treinamento do relaxamento progressivo de Jacobson, exercícios de respiração, treinamento das habilidades sociais e aprovação social. As intervenções ajudaram a reduzir os escores de ansiedade e por meio dos relatos de cada participante verificou-se a eficácia do modelo proposto nesta pesquisa. Sabe-se que há variáveis que interferiram no desenvolvimento desta como, por exemplo, tempo, disponibilidade das participantes, os instrumentos utilizados.

Palavras-chaves: ansiedade social, estudantes universitárias e intervenções de terapia.

INTRODUÇÃO

Definição de Ansiedade

De modo geral é muito comum as pessoas experimentarem o sentimento de desconforto e medo, em algumas situações de se expressar em público ou interagir socialmente. Observa-se que no meio acadêmico isso é bastante comum, alunos não se sentem à vontade para expor suas idéias, apresentar seminários e até mesmo interagir em sala de aula com professores e colegas.

Sentir ansiedade é natural na vida humana, é uma experiência do cotidiano da vida, a qual, em grau menor, é útil para o ser humano, mas em intensidade maior é destrutiva. Segundo Brandão (2002), a ansiedade “é um estado subjetivo de apreensão ou tensão, difuso ou vago, frequentemente, acompanhado por uma ou mais sensações físicas, induzindo pela expectativa de perigo, dor ou necessidade de esforço especial”, sendo assim caracterizado por sinais e sintomas inespecíficos, que juntos trazem uma sensação desagradável de expectativas, e medo quanto ao futuro.

Skinner (2000) define a ansiedade como uma condição emocional complexa e aversiva que é condicionada como resultado de um emparelhamento de estímulos. Um único evento aversivo pode levar uma condição de ansiedade a ficar sob o controle de estímulos incidentais. Quando uma pessoa é submetida a uma situação a qual foi desagradável, provocando um enorme grau de ansiedade, então quando submetido a situações parecidas irá associar o sentimento de ansiedade com o evento ocorrido. Os estímulos fortes quase sempre são precedidos de estímulos característicos que podem tornar-se geradores de ansiedade (Oliveira & Duarte, 2004).

A situação de ansiedade pode ser definida também, por uma operação respondente, diferentemente da fuga, da evitação e da punição que são processos operantes. Quando um estímulo neutro é seguido diversas vezes por um estímulo aversivo, ele se torna um estímulo aversivo condicionado (Rangé, 1998).

A exposição a estímulos aversivos, produz uma resposta de ansiedade, juntamente com sintomas somáticos, gerados no sistema autônomo, essas situações desencadeadoras de ansiedade acabam sendo evitadas ou toleradas, gerando um padrão de comportamento evitativo de situações sociais, impedimentos na vida profissional, acadêmico, social ou sexual de uma pessoa, assim considerado uma fobia social.

O DSM IV define a fobia social como um medo marcante e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho, em que a pessoa está exposta a desconhecidos ou teme demonstrar ansiedade ou ainda agir de modo humilhante ou embaraçante (Rangé, 1998).

Para a ansiedade social ser considerada patológica deve seguir tais critérios: "medo acentuado e persistente de situações sociais ou de desempenho nas quais o indivíduo poderia sentir embaraço (Critério A). A exposição à situação social ou de desempenho provoca quase invariavelmente, uma resposta de ansiedade (Critério B). Essa resposta pode assumir a forma de um ataque de pânico ligado à situação ou predisposto pela situação. Embora adolescentes e adultos com esse transtorno reconheçam que seu medo é excessivo ou irracional (Critério C), isso pode não ocorrer com crianças. Mais comumente, a situação social ou de desempenho é evitada, embora, às vezes, seja suportada com pavor (Critério D). O diagnóstico é apropriado apenas se a esquiva, o medo ou a antecipação ansiosa quanto a deparar-se com a situação social ou de desempenho interferirem significativamente na rotina diária, no funcionamento ocupacional ou na vida social do indivíduo ou se a pessoa sofre acentuadamente por ter uma fobia (Critério E). Em indivíduos com menos de 18 anos, os sintomas devem ter persistido por pelo menos 6 meses antes de se fazer o diagnóstico de fobia social (Critério F). O medo ou a esquiva não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral nem são mais bem explicados por outro transtorno mental (por ex., transtorno de pânico, transtorno de ansiedade de separação, transtorno de corpo dismórfico, transtorno pervasivo do desenvolvimento ou transtorno esquizóide de personalidade) (Critério G). Se outro transtorno mental ou condição médica geral está presente (por ex., gagueira, doença de Parkinson, anorexia nervosa), o medo

ou a esquiva não se limitam à preocupação com o seu impacto social (Critério H) (DSM-IV, 1994, p. 411 - 412).

O subtipo generalizado de fobia social é caracterizado por um temor relacionado às situações públicas envolvendo desempenho como falar em público, escrever, comer ou beber na presença de outros, usar banheiros públicos, etc, bem como às situações de interação social (Rangé, 1998).

O medo difere da ansiedade na medida em que uma resposta a ameaça conhecida, externa, é definida. Pode se resumir que a ansiedade é um medo não resolvido (Brandão, 2002).

Análise Funcional da Ansiedade Social

Um dos pontos mais importantes no modelo comportamental é a análise funcional. Skinner (1974, citado em Santos, 2000), afirma que “as variáveis externas das quais o comportamento é função, dão margem ao que pode ser chamado de análise causal ou funcional. Tentamos prever e controlar o comportamento de um organismo individual”. Portanto, a ansiedade social é analisada a partir das variáveis externas que o comportamento de um indivíduo apresenta no contexto de exposição oral de universitários.

Sabe-se que de acordo com Skinner (2000) “uma formulação adequada da interação entre um organismo e seu ambiente deve sempre especificar três coisas: a ocasião em que a resposta ocorre; a própria resposta e as consequências reforçadoras”. A inter-relação entre elas estão as contingências de reforço.

Os comportamentos ansiosos têm sua origem no ambiente em que o indivíduo está inserido que podem incluir tanto reforçadores positivos como negativos que mantêm o comportamento inadequado.

Uma pessoa com fobia social não apresenta alguns comportamentos esperados de contato social, muitas vezes possui poucas habilidades sociais e dificuldades de assertividade; apresenta, por outro lado, hipersensibilidade a críticas

e avaliações, assim como comportamentos de fuga e esquiva de situações sociais de forma muito mais freqüente que o esperado (Silvares e Meyer, 2000).

Os sentimentos que a pessoa experimenta durante um episódio de fobia social são entendidos como comportamentos e não como causas de comportamentos. Assim, o sentimento de ansiedade, o medo, o nervosismo, a sensação de timidez, pensamentos são considerados comportamentos, que também devem ser explicados. Assim, os pensamentos negativos, tão comuns aos fóbicos sociais, não causam a fobia, fazem parte da fobia. Ocorre o mesmo com o "saber" que a ansiedade é irracional.

Ser apresentado a outras pessoas, ser provocado ou criticado, ser o centro de atenções, ser observado enquanto faz alguma coisa, ter que dizer algo na situação formal pública, encontrar figuras de autoridade/pessoas importantes, encontrar o olhar de outra pessoa, a maioria dos encontros sociais, especialmente com estranhos, são algumas das circunstâncias usuais para o aparecimento de um ou mais dos comportamentos indicados acima.

Fuga ou esquiva da situação social ou de desempenho é a principal consequência do comportamento fóbico. Essas situações se tornaram muito aversivas durante a vida da pessoa, e qualquer comportamento que elimine ou diminua a ansiedade sentida é reforçado por essa retirada de estimulação aversiva, sendo assim o consequente do comportamento ansioso social (Silvares e Meyer, 2000).

Em alguns casos, o fato de outra pessoa assumir as responsabilidades nas inúmeras situações de contato social pode ter se tornado uma consequência reforçadora adicional, que ajuda a manter os comportamentos de esquiva social (Silvares e Meyer, 2000).

A história de vida é responsável pelo desenvolvimento do comportamento e pela função de antecedente e consequente dos estímulos indicados. Um conjunto de comportamentos, deveria suspeitar de uma história de punição. Experiências dolorosas, perturbadoras, embaraçosas ou intensamente desconfortáveis ocorridas em situações sociais, podem ter tornado a presença de pessoas uma ocasião para

fuga e medo. O sofredor, sem conhecimento das experiências particulares que levaram as ações fóbicas, sente apenas o desconforto interno e a perturbação que as pessoas evocam (Sidman, 1995, citado em Silvaes e Meyer, 2000).

Início do transtorno

No histórico de vida das pessoas, pode verificar algumas situações que possam ser fatores que predis põem o desenvolvimento a ansiedade social. Uma das possibilidades é a de fobia social se desenvolver como consequência uma ou mais experiências de condicionamento traumático (Savoia, 2001). Por exemplo, uma pessoa que é chamada na frente da sala de aula na adolescência, não sabia a matéria, e morreu de vergonha dos colegas e o professor fez passar por constrangimento, e a partir desse momento começou a fugir de situações em que houvesse necessidade de se expor para falar em público.

Embora o indivíduo já comece a estabelecer o seu papel social no início da vida escolar, é na adolescência que as relações rivais e os grupos rivais têm maior expressão. É neste período que as crianças são claramente confrontadas com a tarefa de estabelecer o seu papel e o seu lugar em um sistema social que não é o familiar. Aqueles que são constitucionalmente vulneráveis e se tornarem ansiosos em situações de estresse podem responder a este confronto com ansiedade ou recolhimento, baixando, portanto seu *status* social, originando um padrão de comportamento evitativo frente a situações sociais (Rangé, 1998).

De acordo com Öhman (1986, citado em Rangé, 1998), a adolescência é o período crítico para se aprender os medos sociais. A família imediata constitui o primeiro e o mais importante sistema social para o pré-adolescente, onde a hierarquia já está estabelecida previamente, com bases em diferenças de idade e capacidade física dos pais e das crianças.

A aprendizagem por modelação vicária é uma possibilidade de aquisição de fobia social (Caballo, 1995). Os pais com fobia social que costumavam evitar situações sociais, tornam-se modelo para seus filhos. A relação entre os temores dos pais e dos filhos também podem ser resultante de processos de informação, influências genéticas ou de experiências traumática semelhantes.

As características de personalidade do fóbico social estão intrinsecamente relacionadas ao medo de avaliação negativa (Savoia, 2001). Portanto, a pessoa sofre por estar sendo avaliada em todos os momentos em sala de aula, pois quando se expõe sabe que receberá uma avaliação podendo ser positiva ou negativa, gerando assim uma ansiedade situacional.

Sintomas

A ansiedade social é caracterizada por medo persistente de situações sociais, como já definido anteriormente, as evitando e quando confrontadas a pessoa se sente humilhado e constrangido. Pode ser considerada patológica quando é uma resposta a ameaça interna e se distingue clinicamente da ansiedade normal em termos de intensidade, duração e interferência com a vida funcional.

A ansiedade patológica pode estar presente em vários transtornos mentais, fazendo dos sintomas ansiosos como secundários à patologia dos outros transtornos, os quais se destacam por ter a ansiedade como um dos sintomas centrais. Quando a ansiedade é generalizada e persistente com duração de várias semanas acompanhadas ou outros sintomas podem ser agrupados em blocos como: apreensão; tensão motora; hiperatividade autonômica (Caetano, 2005). Como isso, os sintomas devem ser compreendidos em três aspectos: cognitivo, fisiológico e comportamental.

Sintomas de ansiedade baseados no modelo cognitivo, é identificado a partir das expectativas, percepções e interpretações que a pessoa tem de si, que são responsáveis pela sua resposta emocional (Peres, 2001). Os conflitos entre atitudes, crenças, percepções, informações e regras sociais, podem levar a dissonância cognitiva, ou seja, “uma desorganização das idéias, dos pensamentos das pessoas, induzindo à ansiedade” (Barbosa, 2003, p.120), o que determina a intensidade da resposta em uma situação específica.

Uma pessoa que deseja sinceramente conseguir um bom desempenho ao dar uma palestra, comparecer a um encontro, em que sua voz treme, as palavras não saem, seu coração dispara e tudo acontece de forma bem diferente do desejado, podem ser influenciados por seus pensamentos, os quais normalmente enfocam o

futuro e superestimam o perigo inerente de uma determinada situação. Este acaba funcionando como profecia autoconfirmatória, na medida em que promove ativação emocional e comportamento evitativo, o que contribui para fortalecer as crenças disfuncionais.

Os tipos de pensamentos automáticos disfuncionais são influenciados pelas suas crenças centrais, buscam em sua memória situações que evocam muita ansiedade e desconforto social. As crenças centrais do ansioso são principalmente relacionadas, a existência de um ponto fraco pelo quais as pessoas podem ferir ou atacar. A maioria dessas crenças gira em torno de questões de aceitação, competência, responsabilidade e controle de seus comportamentos (Peres, 2001).

Arkowitz (1977, citado em Rangé, 1998, p.133), realizou uma pesquisa com estudantes universitários, constatando padrões de ansiedade e evitação relacionadas a:

- 1) um diálogo interno de auto-afirmações debilitantes
- 2) uma avaliação negativa excessiva do desempenho social
- 3) padrões excessivamente elevados para a avaliação do desempenho social
- 4) atenção e memória seletivas para informações negativas sobre o próprio desempenho
- 5) um padrão patológico de atribuições e causas de sucessos e fracassos sociais

Hartman (1984, citado em Rangé, 1998) sustenta que as afirmações negativas dos sujeitos ansiosos caem em variáveis categorias: pensamentos inadequação social geral; preocupações com a consciência da ansiedade pelos outros; medo de avaliação negativa e preocupação com a resposta ou desempenho.

Autoconsciência pública é definida como a consciência de si mesmo como objeto social. O individuo deve possuir uma consciência de si mesmo e da outra pessoa, de tal forma que exista um equilíbrio apropriado entre essas duas perspectivas. Caso contrário, as tentativas de interação social serão inefetivas e podem resultar em conseqüências sociais indesejadas. A autoconsciência pública elevada do fóbico social caracteriza-se por uma excessiva atenção autofocada, que

acaba provocando e mantendo a ansiedade em situações sociais. O aumento de estímulos internos, tais como batimentos cardíacos, contribui para aumentar a atenção autofocada (Rangé, 1998).

A ansiedade manifestada pelo fóbico social também está relacionada a uma forte motivação para causar boa impressão nos outros, associadas à dúvida quanto às próprias habilidades de conseguir essa impressão (Falcone, 2001). Ao mesmo tempo em que se deseja intensamente causar uma boa impressão, os fóbicos sociais não sabem como atingi-la; acreditam que não conseguirão se enquadrar nas preferências dos outros; acham que parecerão levemente competentes, mas querem parecer extremamente competentes; acreditam que algum evento prejudicará a auto-apresentação, levando-os a perder a consideração pública.

O fóbico social está sempre em estado de alerta para as situações que possam afetar o seu domínio pessoal. Esta condição o torna predisposto a captar elementos da experiência que confirmem a expectativa de perigo, promovendo mais facilmente ativação emocional e atenção autosufocada, que por vez confirmam a expectativa de perigo e dificulta a percepção de fatos que o confirmem.

A atuação fisiológica na fobia social pode assumir dimensões severas, até provocar ataque de pânico. Quando uma pessoa se sente avaliada, ou mesmo quando antecipa uma situação social em sua imaginação, há manifestação dos sintomas somáticos no organismo, podendo se manifestar em três níveis: neuroendócrino, visceral e de consciência. O nível neuroendócrino diz respeito aos efeitos da adrenalina, noradrenalina, glucagon, hormônio anti-diurético e cortizona. No plano visceral a ansiedade corre por conta do Sistema Nervoso Autônomo (SNA), o qual reage se excitando na reação de alarme ou relaxando na fase de esgotamento. Na consciência a Ansiedade se manifesta por dois sentimentos desagradáveis: por meio da consciência das sensações fisiológicas de sudorese, palpitação, inquietação, etc. e; por meio da consciência de estar nervoso ou amedrontado (Ballone, 2005).

A resposta luta-fuga ou de alarme começa com uma avaliação de perigo, que atua no SNA, preparando para a ação. De acordo com Craske e Barlow (1993, citando em Falcone, 2001) quando algum tipo de perigo é percebido ou antecipado,

o cérebro envia a mensagem para o SNA, que é constituído pelo sistema simpático e parassimpático.

A atividade do sistema simpático produz aumento dos batimentos cardíacos, para ajudar a espalhar o fluxo sanguíneo. O sangue que se afasta das extremidades, se concentrando nas coxas e bíceps. Este fenômeno promove palidez, torna as extremidades geladas e causa sensação de dormência e formigamento (Falcone, 2001).

Esta resposta também está associada a um aumento da velocidade e na profundidade da respiração (hiperventilação), com o objetivo de fornecer mais oxigênios aos tecidos, gerando a sensação de falta de ar, asfixia, dores ou aperto no peito, tonteira, visão turva, rubores, sensação de irrealidade e sensação de cabeça oca. O suor produzido excessivamente tem a finalidade de tornar a pele mais escorregadia, dificultando que o agente que promove medo, entre em contato com o corpo físico, e refresca o corpo para evitar o superaquecimento. Outros efeitos produzidos pela ativação do sistema nervoso simpático são: dilatação da pupila, que pode resultar em visão turva, decréscimo na salivação, resultando em desconforto no estômago, além de tensão muscular, tremores e sensação de cansaço e esgotamento (Falcone, 2001). Todas essas reações desaparecem quando após uma reavaliação, o organismo percebe que o perigo já não existe mais.

Tabela 1. Manifestações Somáticas da Ansiedade (Hetem & Graeff, 2004)

Cardiovasculares	<ul style="list-style-type: none">• Aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca• Palpitações• Dor/ desconforto torácico
Gastrointestinais	<ul style="list-style-type: none">• Boca seca• Dificuldade de deglutição• Náuseas e vômitos• Diarréia• Alteração do apetite• Desconforto epigástrico• Sensação de “bola na garganta”
Geniturinárias	<ul style="list-style-type: none">• Aumento do número de micções• Hesitação e/ou urgência miccional• Amenorréia
Otoneurológicos	<ul style="list-style-type: none">• Dor de cabeça• Tonturas• Tremor

	<ul style="list-style-type: none"> • Hiper-reflexia • Parestesias (adormecimento e formigamento) • Sensação de instabilidade • Reflexo de sobressalto exagerada • Midríase/ visão borrada • Zumbido no ouvido
Perturbações do sono	<ul style="list-style-type: none"> • Insônia de conciliação • Sono entrecortado e/ou pouco repousante
Respiratórias	<ul style="list-style-type: none"> • Sensação de falta de ar/ sufocamento • Aumento da frequência respiratória • Encurtamento dos movimentos respiratórios
Tensão Motora	<ul style="list-style-type: none"> • Tremor • Fasciculações • Tensão muscular • Inquietação • Dor muscular • Sensação de fraqueza
Vasomotores	<ul style="list-style-type: none"> • Extremidades frias • Calafrios e/ou onda de calor • Rubor • Sudorese • Palidez

O comportamento mais característico da fobia social é a evitação de situações sociais. O esquivar-se, quase sempre, gera um alívio imediato, contudo, traz conseqüências entre elas, o afastamento das fontes de reforçadores e das contingências (Skinner, 2000).

O padrão evitativo das pessoas com fobia social não se limitam apenas em evitar situações sociais. Eles apresentam evitações mais sutis, que contribuem para a manutenção de seus problemas. Assim, podem usar uma camiseta por baixo da camisa para encobrir o suor excessivo, segurar um objeto com força para disfarçar o tremor, ensaiar mentalmente várias vezes a frase que irá dizer, falar rápido para evitar as pausas de conversação ou para acabar logo, desviar o olhar, etc.

Esses padrões de comportamentos são chamados de comportamentos de segurança e acabam criando mais problemas para a pessoa, pois intensificam a ansiedade (Falcone, 2002). Os ansiosos sociais têm suas atenções voltadas para o meio externo, com a intenção de controlar as ameaças do ambiente e tentar diminuir a insegurança sobre o que podem vivenciar no futuro, através da tentativa de controle (Barbosa, 2004).

Na realidade os fóbicos sociais não interagem verdadeiramente com os outros. Eles se mantêm expectadores e juizes de si mesmo, alimentando o diálogo interno (Falcone, 2002), criando um déficit em habilidades sociais. Impedimentos na vida social, profissional e sexual, constituem uma evidencia marcante no padrão de comportamento evitativo. Um conjunto de comportamentos, faz suspeitar de uma história de punição (Skinner, 2000).

O comportamento de fuga e esquiva significa que algo de ruim tem que acontecer antes de fugir, ao fugir coloca um fim na situação ruim. Esquiva impede que um evento indesejado aconteça, em primeiro lugar. A esquiva é uma forma de reforçamento negativo. Muitas vezes os ansiosos agem antes do tempo, provocando reações antecipadas de seu sofrimento. A esquiva por ser uma aparente orientação para o futuro, acaba sendo um comportamento de fuga. (Sidman, 2003)

As respostas de evitação da ansiedade podem ser interpretadas, como fuga dos componentes emocionais da ansiedade. Quando por exemplo, uma pessoa evitar falar em público, esquivando-se para que outra pessoa fale em seu lugar (Skinner, 2000). A esquiva é geralmente um ajustamento mais adaptativo à punição.

Lugares que promovem reforçamento negativo tornam-se eles mesmos reforçadores negativos. Assim também se tornam as pessoas que controlam por reforço negativo, por exemplo, professores. O reforçamento negativo gera fuga. Quase todos os estímulos aversivos fortes são precedidos por estímulos característicos que podem vir a gerar ansiedade, contingências que muitas vezes em conexão a punição (Skinner, 2000).

Desde que o condicionamento pode acontecer como resultado de emparelhamento de estímulos, um único evento aversivo pode levar uma condição de ansiedade a ficar sob controle estímulos incidentais (Skinner, 2000).

Ansiedade Social em Contexto Escolar

O transtorno de ansiedade social muitas vezes leva a limitação funcional grave, nas áreas de educação, emprego e nos relacionamentos sociais e familiares. O impacto negativo da ansiedade social no desenvolvimento normal reflete no baixo

desempenho educacional. O medo de interação com pequenos grupos na escola limita o desempenho dos alunos e restringe o desenvolvimento de seu potencial educacional. Uma proporção dos casos de recusa à escola bem como de seu abandono precoce pode ser atribuído a este transtorno (Hetem & Graeff, 2004). As atividades acadêmicas de apresentação de trabalhos, seminários em sala de aula ou mesmo em expor opiniões em grupo, são freqüentes na vida universitária, podem constituir praticas coercitivas sob controle aversivo que são geradoras de ansiedade excessiva (Oliveira & Duarte, 2004).

Os reforçadores usados pelas escolas consistem em boas notas, promoções, títulos, diplomas, todos associados com a aprovação. E ainda o professor pode punir com a retirada de aprovação ou afeição, definindo assim uma forma de controle aversivo (Oliveira & Duarte, 2004).

O comportamento reforçado por meio da mediação de outras pessoas faz a diferença de muitas maneiras de comportamento reforçado pelo ambiente mecânico. O reforço social varia de momento para momento dependendo da condição do agente reforçador (Skinner, 2000). Portanto, o professor é um mediador do comportamento reforçador no ambiente acadêmico.

Craske e Barlow (1993/1999, citado em Oliveira & Duarte, 2004), sugerem que o medo decorrente da ansiedade social prejudica no funcionamento social e ocupacional de um número considerável de indivíduos, comprometendo seu desenvolvimento acadêmico e futuro profissional num grau significativo. Segundo Escudeiro (1999), citado em Oliveira & Duarte, 2004, o medo excessivo de falar em público, pode-se transformar em sofrimento muito grande por representar um aspecto valorizado no meio acadêmico.

A competição e a realização individual, bastante valorizada nos dias atuais, podem dar origem à ansiedade social Zimbardo (2002, citado em Oliveira & Duarte, 2004). Neste contexto, as pessoas desenvolvem atitudes que atendem às expectativas alheias para que possam ser aceitos, sob pena de sofrerem rejeição e desvalorização. As exigências provocadas pelo mercado de trabalho também competitivo, promove no aluno, sentir-se pressionado a preocupar-se para uma atuação eficaz em seu campo profissional. Estas exigências, aliada à certeza de que

nem todos serão absorvidos pelo mercado de trabalho, pode gerar desconforto e medo Escudeiro (1999, citando em Oliveira & Duarte, 2004).

Supõe-se que a aprendizagem provê suas próprias recompensas, mas ninguém confia no fracasso como provedor de suas próprias punições. Este se supõe que é o trabalho do professor, fazer com que os alunos aprendam punido-os quando fracassam (Sidman, 2003).

Intervenção Comportamental

De acordo com a teoria comportamental, as limitações sociais e ocupacionais de pessoas que sofrem de ansiedade social, resultam de sua esquiva freqüente de situações sociais ou de desempenho. As técnicas comportamentais visam eliminar esse padrão evitativo de comportamento, fornecendo ao individuo recursos para o controle da ansiedade e o monitorando o aprendizado de novos padrões de interação social.

Segundo Caballo (2003), a ansiedade social pode ser tratada com eficácia, por meio de intervenções cognitivo-comportamentais. Algumas dessas intervenções serão descritas abaixo, as quais serão utilizadas nesta pesquisa com universitárias, no contexto de exposição oral.

As entrevistas semi-estruturadas tem sido o formato de entrevista mais utilizado para os transtornos de ansiedade em geral, nas quais, identifica-se as contingências geradoras da ansiedade social, que as mantêm e quais os respondentes desses comportamentos Caballo (2003). O inventário – FNE – Escala fatorial de ajuste emocional/ Neuroticismo, é um instrumento para avaliação de uma dimensão da personalidade humana, com objetivo de avaliar a personalidade humana a partir do levantamento de traço na linguagem natural. Inclui itens que identificam ansiedade, hostilidade, depressão, auto-estima, impulsividade e vulnerabilidade (Hutz & Nunes, 2001).

O inventário consiste em fatores que descrevem esses itens relacionados acima. O fator N1 é composto por itens que descrevem medos de críticas, insegurança, dependência às pessoas mais próximas, baixa auto-estima,

dificuldades em tomar decisões. O fator N2 contém itens que descrevem comportamentos sexuais de risco e atípicos, consumo excessivo de álcool, hostilidade com pessoas ou animais, necessidade recorrente em chamar atenção, tendência à manipulação das pessoas, descaso com regras sócias. O fator N3, agrupa itens que descrevem sintomas somáticos de transtorno de sono, impulsividade, sintomas de pânico, mudanças de humor. E o fator N4, agrupa itens relacionados a escala de depressão, ideação suicida e desesperança, itens que descrevem pessimismo, sentimento de solidão, falta de objetivos na vida (Hutz & Nunes, 2001).

Um método prático e eficaz para avaliar o comportamento social de uma pessoa em seu ambiente natural ou fora do ambiente clínico, utiliza-se o auto-registro que é um componente habitual de uma grande quantidade de programas cognitivo-comportamentais. Pode-se avaliar a frequência dos contatos sociais, seus antecedentes e conseqüentes, a faixa ou número de diferentes pessoas com as quais as pessoas submetidas a pesquisa interagem, duração das interações, temas de conversas ou tipos de interação e auto-avaliação da ansiedade e da habilidade social (Caballo, 2003).

O treinamento das habilidades sociais, baseia-se no princípio de que a fobia social se forma como conseqüência de déficits de habilidades sociais e que o desenvolvimento de tais habilidades permite da interação das pessoas em situações interpessoais, reduzindo a ansiedade de forma significativa. A prática de ensaio comportamental e dessensibilização sistemática, durante as sessões terapêuticas, acompanhada de tentativas na vida diária do fóbico social, permitem um aprimoramento das habilidades sociais e conseqüente aumento da auto-estima (Falcone, 2001).

O relaxamento progressivo foi desenvolvido por Jacobson e seu objetivo é reduzir a tensão muscular e, a ansiedade em geral. Primeiramente, inicia o treinamento pelos braços e mãos, em seguida, trabalha com as áreas do pescoço e da cabeça, pois nesta área encontra-se um nível grande de tensão, podendo ser reduzida por o treinamento. Logo, trabalha-se com os músculos abdominais e das pernas, sequencialmente (Caballo, 2003).

O relaxamento não se dá apenas por meio de contração e relaxamento muscular. O terapeuta enfatiza que a atenção às sutis diferenças entre o estado de tensão muscular e o estado de relaxamento muscular é o ponto principal da técnica. O treinamento é eficaz quando o paciente é capaz de identificar os níveis de tensão e após o treinamento sentir-se relaxado, ou seja, “o paciente chega a possuir o controle de sua capacidade para perceber o aumento da ansiedade e conseguir relaxar-se” (Caballo, 2003, p.248).

Com esses métodos e instrumentos descritos, esta pesquisa tem como objetivo de verificar e modificar o nível de ansiedade apresentado em universitários em situações de exposições orais. Pois observou-se, que os universitários do curso de psicologia quando precisam de expor suas idéias em sala de aula, ou em apresentações de trabalhos, apresentam vários sintomas e comportamentos que descrevem a ansiedade. Esses comportamentos influenciam no desenvolvimento acadêmico desses alunos, tendo início muitas vezes em sua infância, quando professores criam e mantêm situações aversivas.

MÉTODO

Participantes:

A pesquisa foi realizada com cinco universitárias do Curso de Psicologia do Uniceub. O recrutamento se deu por meio da observação de universitários diante de exposições orais, em expor suas idéias a apresentações de seminários. E também por meio do relato verbal dos universitários. Foram identificados a idade, escolaridade, profissão, condição civil.

Local:

Foram utilizadas a cabine I de Psicobiologia do Uniceub. A sala mede aproximadamente 3 x 3 m, com altura de 3,5 m, coberta com espuma para o isolamento de som externo e interno, ventilada por ar condicionado, iluminada por lâmpadas fluorescentes. Durante a pesquisa o aparelho polígrafo (Sonolab 650) permaneceu na cabine.

Instrumentos:

Os instrumentos utilizados foram o polígrafo (Sonolab 650), para o registro da frequência cardíaca e respiratória. O Inventário FNE – Escala fatorial de ajuste emocional/ Neuroticismo, um instrumento para avaliação de uma dimensão da personalidade humana, com objetivo de avaliar a personalidade humana a partir do levantamento de traço na linguagem natural. Inclui itens que identificam ansiedade, hostilidade, depressão, auto-estima, impulsividade e vulnerabilidade. Um questionário de “Histórico de Vida” que consiste em questões objetivas e subjetivas, com o objetivo de obter um quadro compreensivo do histórico de vida dos participantes. Texto explicativo sobre ansiedade: “*Quando a timidez se torna um problema*” (Falcone, 2001) e o texto polêmico: Violência doméstica, retirado do site: www.psiqweb.med.br.

Procedimento:

As participantes foram divididas em dois grupos. Sendo o Grupo 1 com três participantes e o Grupo 2 com duas participantes. Foram desenvolvidas condições

de Linha de Base, condições de terapia e aplicação de teste, totalizando quatro condições de terapia e três aplicações de teste. As três primeiras sessões foram individuais e as duas últimas em grupo.

O grupo 1 desenvolveu as sessões de conforme descrita abaixo e o grupo 2, diferenciou nas sessões de aplicação de teste, sendo aplicada na segunda sessão e a condição de terapia invertida a ordem. Observe a tabela 2.

Tabela 2 – Descrição das aplicações do Inventário de Ansiedade EFN

Participante		Condição Experimental			
Grupo 1	1º Teste	1ª Terapia	2º Teste	2ª Terapia	3º Teste
Grupo 2	1º Teste	2º Teste	1ª Terapia	2ª Terapia	3º Teste

Condição de Linha de Base

O terapeuta se apresentou ao participante, estabelecendo vínculo inicial para o desenvolvimento das atividades.

LB - Sessão 1 - As participantes foram submetidas inicialmente a uma entrevista semi-estruturada, com o objetivo de adquirir através do relato verbal, o início e sintomas do comportamento ansioso diante de exposições orais. Foram apresentadas algumas instruções básicas para o desenvolvimento da pesquisa, como a frequência, pontualidade, disposição na realização das atividades e compromisso. E logo em seguida, descreveu a ansiedade nos aspectos fisiológicos e psicológicos, as características e sintomas. Realizou a primeira aplicação do teste EFN, utilizando o polígrafo. No final da sessão foi entregue o questionário de Histórico de Vida.

LB - Sessão 2 – Nessa sessão foi desenvolvido o treinamento da respiração diafragmática. Inicialmente, foi solicitado que as participantes observem a sua própria respiração e identifiquem os movimentos de inspiração e expiração, mantendo as mãos tocando levemente o abdome e a região peitoral. Em seguida, a respiração diafragmática foi demonstrada pelo terapeuta e as participantes praticaram até conseguir imitar o modelo. Solicitou que as participantes treinem em casa e registrem como se sente ao aplicar a respiração diafragmática. Durante o

treinamento da respiração diafragmática, utilizou o polígrafo. Entregou para as participantes a folha de registro.

Condição de terapia

ETAPA 1 - Sessão 3 – Nessa sessão as participantes reconheceram os primeiros sinais da ansiedade, que por meio da Escala SUDS, a qual é empregada para comunicar o nível de ansiedade experimentada de forma subjetiva. Solicitou que as participantes imaginasse uma situação na qual sua ansiedade seja extrema, deixando-as tensas/nervosas e relaxadas/tranquilas. Para praticar o uso da pontuação SUDS, o terapeuta descreveu uma série de situações, que as participantes imaginaram, tentando descrever como sentiram se esta cena estivesse realmente acontecendo. Depois de imaginar a situação, escreveram a quantidade de ansiedade (pontuação SUDS) que sentiram.

A Escala SUDS avalia o nível de ansiedade a partir de 0, extremamente relaxado até 10, muito nervoso ou tenso. A cada item com pontuação muito elevada foi discutido e registrado numa folha de registro.

Depois que as participantes reconheceram os primeiros sinais de ansiedade ensinou o relaxamento progressivo de Jacobson como objetivo ativar o sistema parassimpático, eliciando respostas biológicas de tranquilidade e quiescência. Os exercícios foram realizados com as participantes deitadas numa maca. Os exercícios duraram em média de 30 minutos. Ao final de cada exercício, pediu que atribua uma nota de 0 a 10 para o grau de relaxamento obtido. Durante o exercício de relaxamento usou o polígrafo. A cada realização corretamente dos exercícios o terapeuta reforçar com elogios e estímulos verbais a participante. Foi aplicado o teste EFN utilizando o polígrafo.

(A partir dessa sessão as atividades foram realizadas em grupo)

ETAPA 2 - Sessão 4 – Nessa sessão a ênfase será no treinamento de habilidades sociais, onde as classes de respostas de falar em público, expressar opiniões, tirar dúvidas pessoais, foram reforçadas, a partir da leitura, compreensão e apresentação oral do texto: “Quando a timidez se torna um problema”. O terapeuta pediu que as participantes leiam em voz alta trechos do texto. Pediu que apresentassem as idéias

principais do texto e identificando os aspectos positivos e negativos da ansiedade apresentados no texto, gerando assim uma pequena discussão. Nesse momento, as participantes foram dessensibilizadas a partir do momento em que foram expostas diante das outras participantes. A cada resposta positiva que as participantes apresentaram foram reforçadas pelo terapeuta e pelo grupo, com de palmas e expressões verbais positivas. Foram apresentadas algumas dicas de expressão em público e o uso de recursos didáticos.

ETAPA 2 - Sessão 5 – Nesta sessão o treinamento de habilidades sociais desenvolveu a partir de situações de exposições orais por meio de texto polêmico, onde as participantes exporaram suas idéias e convicções, em um contexto de dessensibilização. As participantes leram o texto “*Violência doméstica*”, silenciosamente e depois discutiram sobre o que leram. O terapeuta reforçou as respostas positivas das participantes. Finalizou a pesquisa, com a terceira aplicação individual do teste utilizando o polígrafo. Agradeceu as participantes sugerindo algumas técnicas que podem ser desenvolvidas durante situações aversivas de ansiedade.

RESULTADOS

O comportamento ansioso foi verificado por meio de entrevistas, inventários e escalas de identificação da ansiedade, os quais permitem avaliar, analisar e quantificar a ansiedade em universitárias do curso de Psicologia do UniCEUB.

Grupo 1 - Participante 1

A participante 1, é do sexo feminino, 25 anos, solteira, tem como profissão vendedora. Relata desde criança ser ansiosa com novas situações, começou por meio de brincadeiras que os colegas de sala faziam. Sempre fica ansiosa quando precisa falar em público, mas nos últimos três anos tem aumentado a intensidade da ansiedade. Os sintomas mais freqüentes são: mãos geladas, calor no rosto, agonia, mal estar, cansaço, palpitações, sente tensão, incapacidade para relaxar, problemas de estômago, tremores, timidez com as pessoas, fadiga, morde os lábios, branco (figura 6).

Os resultados obtidos na aplicação do Inventário EFN, de acordo com a figura 1, a participante 1, apresentou um escore elevado de 95% no fator N1, durante as três aplicações, obtendo um aumento do fator N2 na última aplicação do Inventário, mantendo um mesmo escore de 95% para a ansiedade, representado pelo N3 e uma oscilação no fator N4, iniciando com um nível de 90%, reduzindo para 70% e elevando para 75%. Isso demonstra que a ansiedade está vinculada, a fatores externos que influenciam e modificam o comportamento do indivíduo.

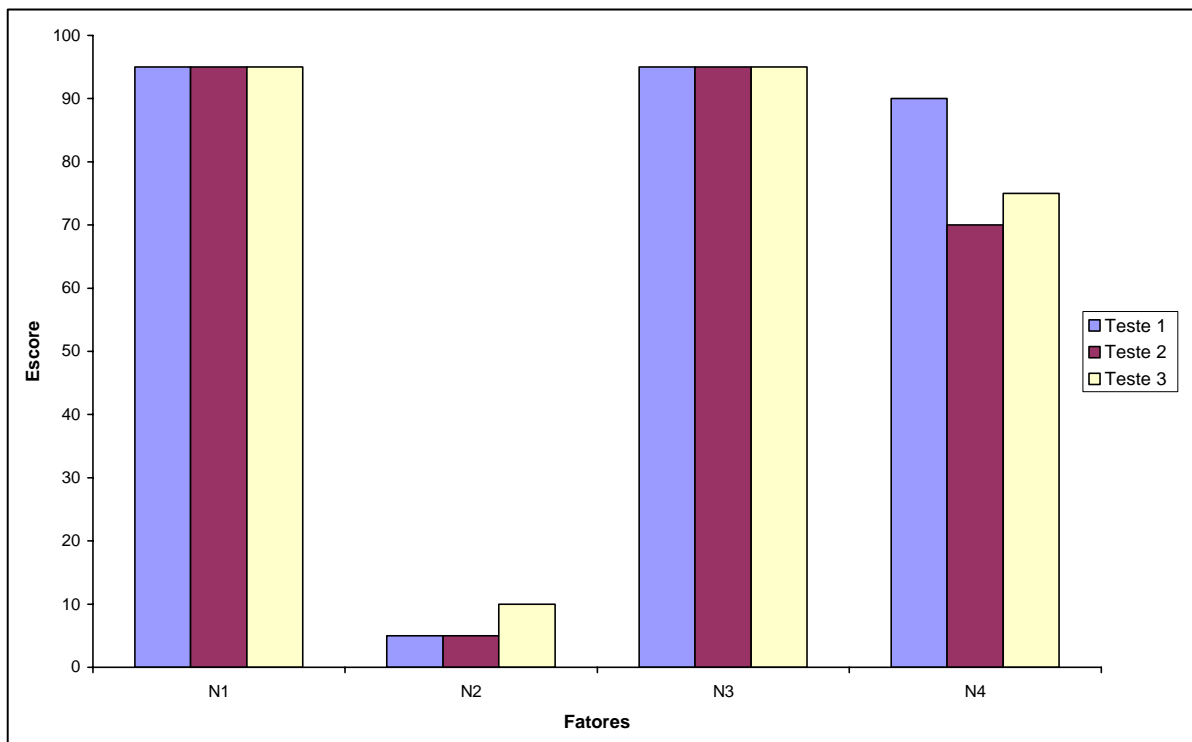


Figura 1: Resultado do teste EFN, grupo 1 - Participante 1

Grupo 1 - Participante 2

A participante 2 é do sexo feminino, 24 anos, casada, um filho, é auxiliar administrativo. Relata sentir medo de apresentar trabalhos em grupo, pois quando estudava no primário, o professor fez uma pergunta e respondeu errado, então toda a turma começou a sorrir, a partir desse momento não consegue mais falar em público, fica ansiosa, sente-se nervosa, a voz quase não sai. Os sintomas mais freqüentes são: ficar vermelha, gagueira, fala muito baixo, palpitações, incapacidade de relaxar, tremores, timidez com as pessoas, dificuldade de concentração (Figura 6).

Na figura 2, apresenta os resultados obtidos por meio de duas aplicações do Inventário de ansiedade, no fator N1, a participante, apresenta o escore de 95% na primeira aplicação, reduzindo para 65% na última. No fator N2, o escore inicial é de 70% e no final é de 40%. O N3, fator que representa a ansiedade, a participante apresentou um escore de 45%, um nível de ansiedade dentro do padrão normal, mediano, pois não está alto e nem baixo, e tem uma redução de 15% no resultado

obtido na última aplicação. No fator N4, tem um escore elevado de 80%, o qual é reduzido para 50% na última aplicação do Inventário.

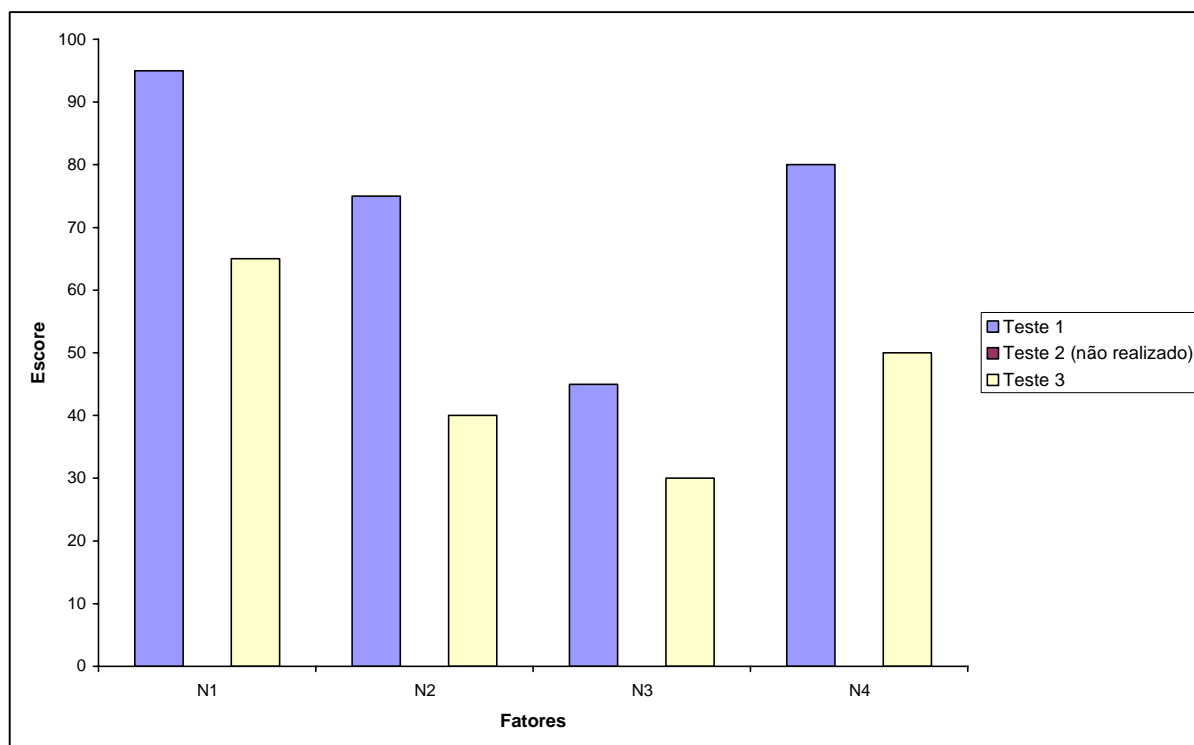


Figura 2: Resultado do teste EFN, grupo 1 - Participante 2

Grupo 1 - Participante 3

A participante 3 é do sexo feminino, tem 43 anos, casada, uma filha, é servidora pública. Relata sentir-se todos os dias ansiosa, no trabalho, em casa, na faculdade, receando parecer incompetente e infantilizada, fugir do padrão. Quando fala em público sente-se vermelha, e fica agonizando por achar que todos estão percebendo o seu rubor, começa a “falar besteira”, sentindo-se infantilizada. Os sintomas mais freqüentes são: palpitações, tensão, problemas de memória, tremores, tonteira, fadiga, sente pânico, dificuldade de concentração, rubor, observe na figura 6 a intensidade desses sintomas.

Os resultados do Inventário de ansiedade, aplicado na participante 3, foram elevados acima de 75%. No fator N1, 90%, foi o resultado obtido inicialmente, sendo reduzido para 85%, o fator N2, 95% após as intervenções reduzido para 75%. O fator N3, apresenta um elevado nível de ansiedade de 95% do escore, sofrendo uma

redução na última aplicação do Inventário para 85%. E o fator N4, representando a depressão, com os mesmos escores obtidos no N3. Observe a figura 3.

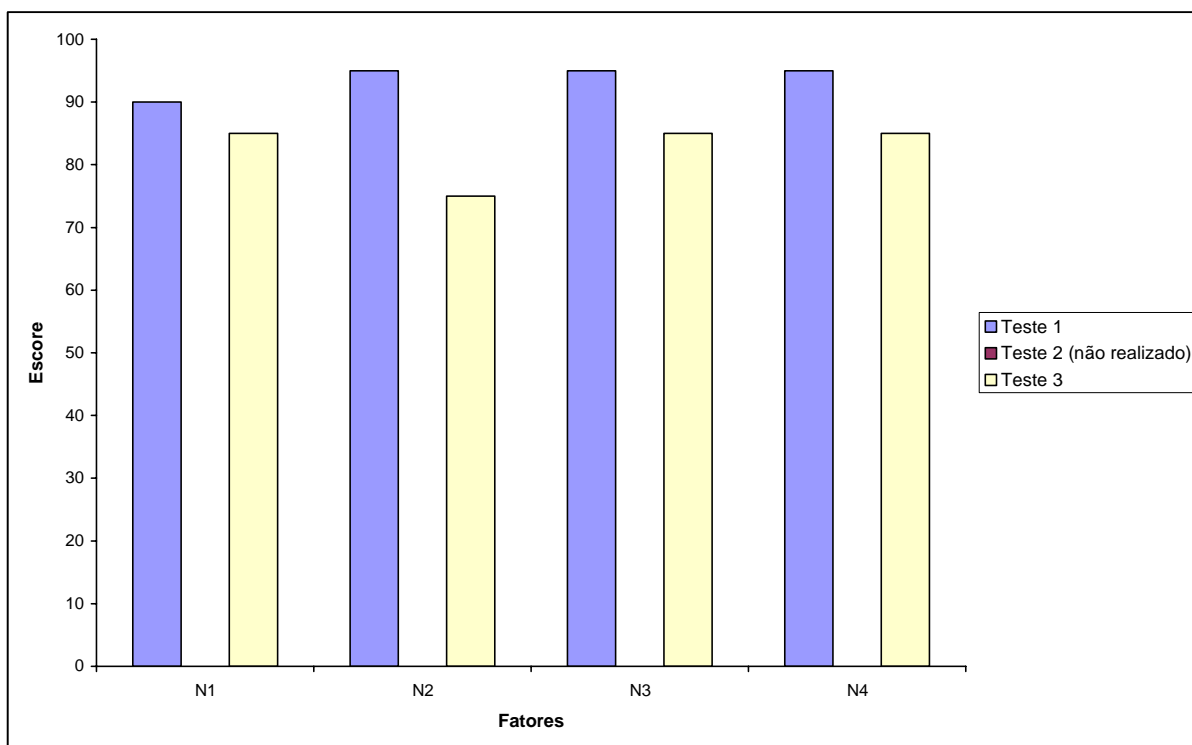


Figura 3: Resultado do teste EFN, grupo 1 - Participante 3

Grupo 2 - Participante 4

A participante 4, é do sexo feminino, tem 24 anos, solteira e trabalha como secretária. Relata que a ansiedade começou na faculdade, quando sentiu um desconforto da parte da turma na apresentação de seminário. Desde então começou com o rubor no colo, as extremidades das mãos e pés ficam frias e começa a empalar o corpo, dores de cabeça, distúrbios intestinais, problemas de estômago e empalar o corpo, estes são os sintomas mais frequentes. A intensidade desses sintomas e outros identificados estão descritos na figura 7.

Em contraste com as outras participantes citadas acima, a participante 4, apresenta um escore baixo, em todas as aplicações, com exceção do fator N3 que obteve o escore de 65% na última aplicação do teste. O fator 1, na primeira aplicação foi de 20% o escore, mantendo o escore de 5% nas outras aplicações. O N2 oscilou de 45% para 15% na segunda aplicação e alterou para 25% na última

aplicação. No N3, representando um baixo nível de ansiedade com 40%, reduzindo para 5% na segunda aplicação e alterando novamente. E o fator N4, os escores mantêm um padrão nas duas primeiras aplicações de 5% e reduz para 3% na última aplicação (Figura 4).

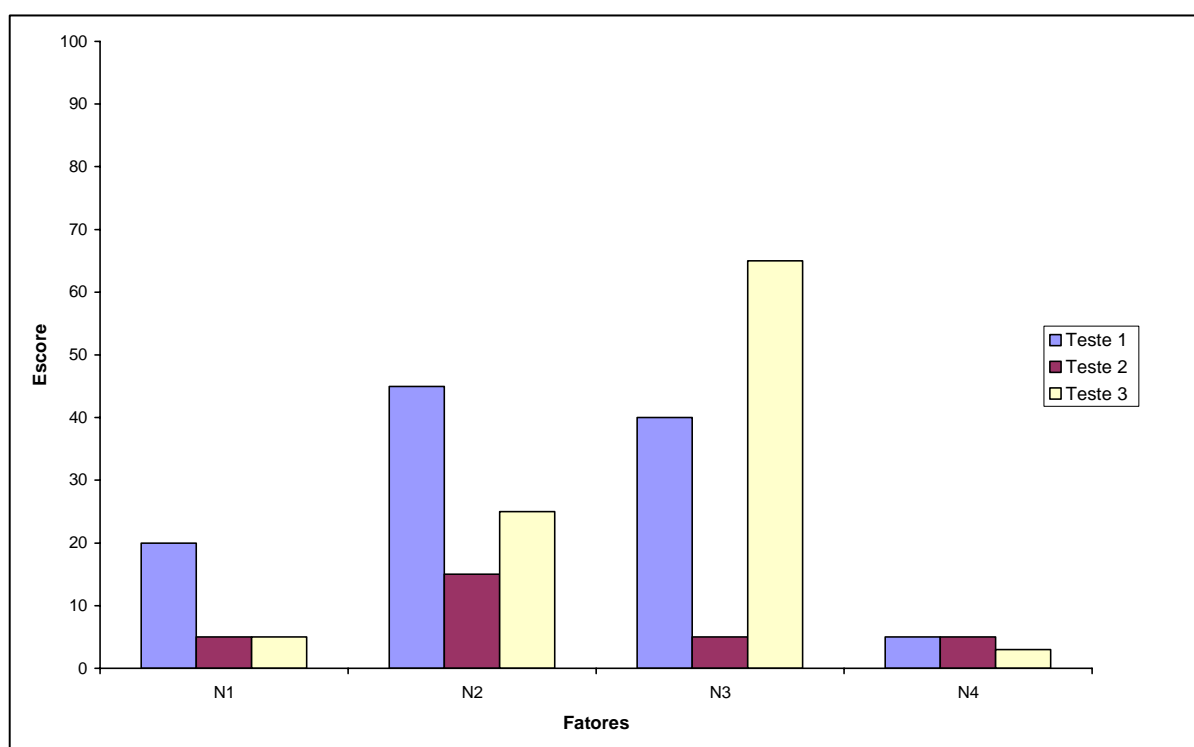


Figura 4: Resultado do teste EFN, grupo 2 - Participante 4

Grupo 2 - Participante 5

A participante 5 é do sexo feminino, tem 22 anos, solteira, trabalha com licitações. Relata se sentir ansiosa quando precisa apresentar trabalhos, realizar atividades novas, quando faz algo errado, quando é criticada pelo chefe, professor e pai. Os sintomas mais freqüentes relatados pela participante são: dores de cabeça, sentir tensão, problemas de memória, dificuldade de concentração, boca seca, esquecimento, gagueira, mãos tremulas. Observe a intensidade desses sintomas na figura 7.

A figura 5 mostra os resultados obtidos pela participante 5, durante as aplicações do Inventário de Ansiedade. O fator N1 obtém o escore de 85% nas duas

aplicações do Inventário, no fator N2 uma redução de 15% nos escores, passando de 55% para 40%. O N3, fator que representa a ansiedade, obteve redução de 70% na primeira aplicação para 55% obtido na segunda aplicação e o fator N4, alterou de 80% para a 85%.

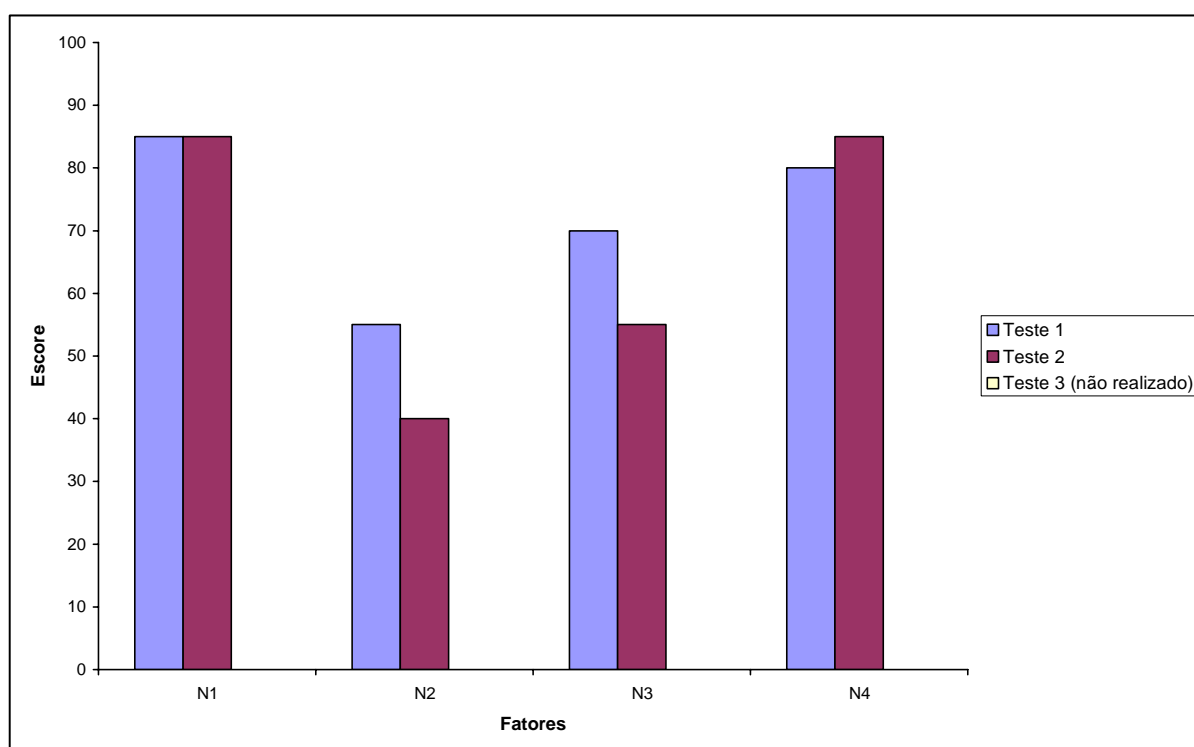


Figura 5: Resultado do teste EFN, grupo 2 - Participante 5

O inventário utilizado avalia uma dimensão da personalidade dessas participantes, por meio do levantamento de traços de personalidade. No fator N1, as participantes 1, 2, 3 e 5 apresentaram um escore acima de 85%, e a participante 4 apresentou o escore de 20%, na primeira aplicação de teste. Na segunda aplicação de teste o escore permaneceu acima de 85% para as participantes 1 e 5 (figuras 1 e 5), e a participante 4 (figura 4), abaixou para 5%. E no teste três a participante 3 (figura 3), obteve uma baixa de 5% no escore apresentado inicialmente.

Em relação ao fator N2, os escores oscilaram de 40% a 95%, durante os três testes, sendo que a participante 3 (figura 3) apresentou uma mudança significativa da primeira aplicação de teste com 95% para a última aplicação com 75%. A ansiedade manteve com mesmo escore para a participante 1 (figura 1), apresentada no N3. A participante 2 (figura 2) apresentou o escore de 45% na primeira aplicação de teste e na última o escore de 30%, já a participante 3 (figura 3) diminuiu de 95%

na primeira aplicação para 85% no último teste. A participante 4 (figura 4) diminuiu de 40% para 5%, e a participante 5 (figura 5) de 70% para 55%.

Verifica-se que no fator N4, houve uma mudança de acordo com o fator N3, a participante 1 (figura 1) no primeiro teste apresentou 90% e no ultimo teste 75%, a participante 4 (figura 4) permaneceu com o mesmo escore no primeiro e segundo teste. Observe as figuras abaixo:

A figura 6 mostra os resultados obtidos na sessão 2, de identificação da ansiedade por meio da escala SUDS, observa-se que a maior intensidade dos comportamentos estão associados a participante 2, do grupo 1. Na figura 2 apresenta a intensidade dos comportamentos das participante 3 e 4, que correspondem ao grupo de intervenção 2. Observa-se que a intensidade dos comportamentos é menor, comparado ao grupo 1. Durante a identificação dos comportamentos as participantes observaram comportamentos ainda não identificados.

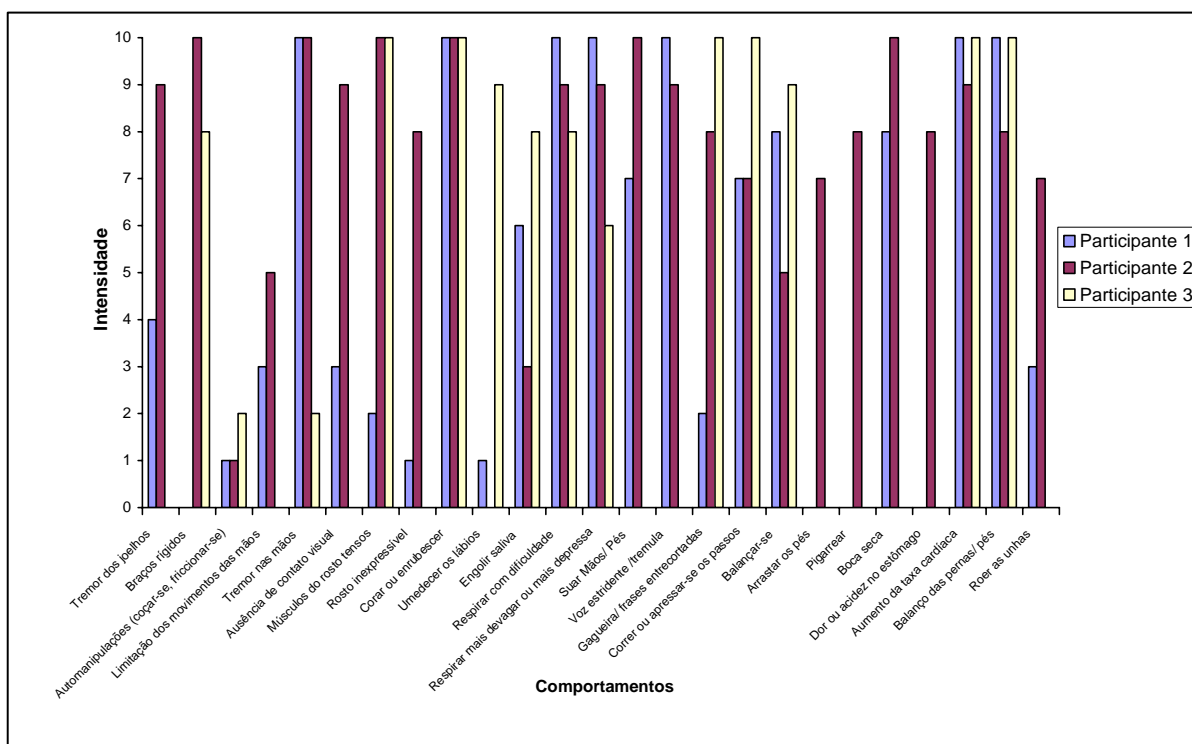


Figura 6 – Comportamentos identificados pela Escala SUDS, grupo 1.

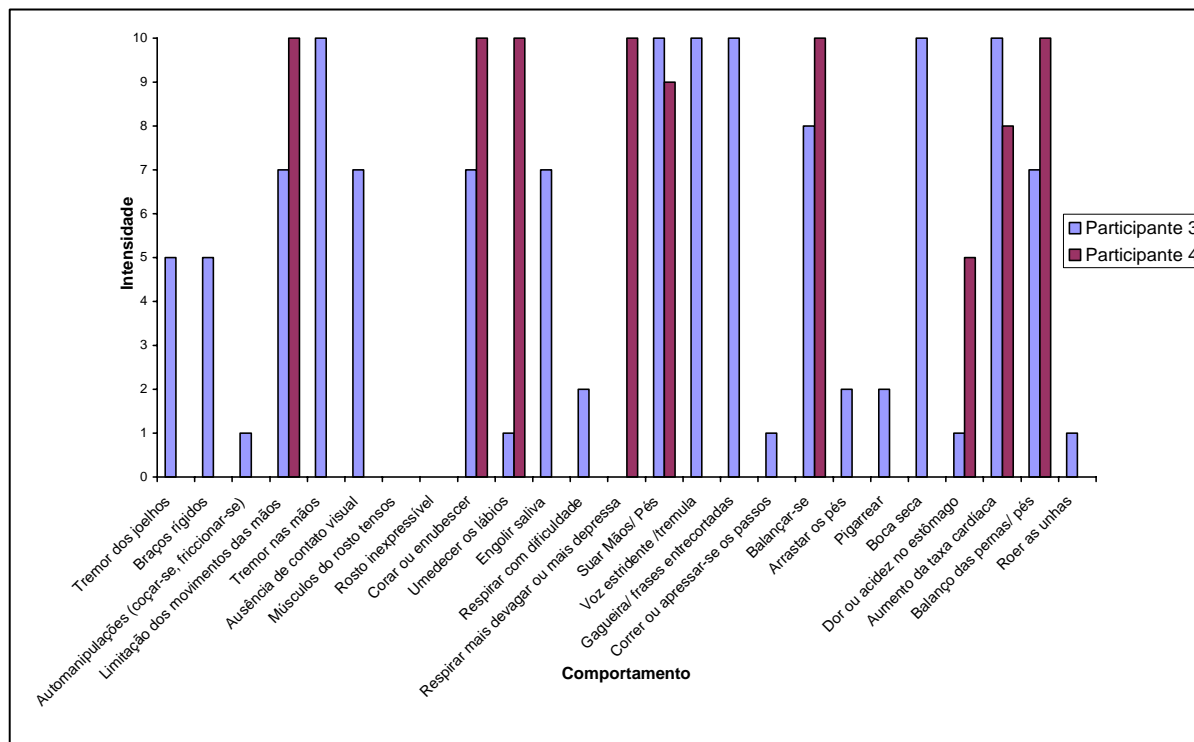


Figura 7 – Comportamentos identificados pela Escala SUDS, grupo 2.

DISCUSSÃO

A proposta de modificação do comportamento ansioso, por meio de intervenções comportamentais obteve resultados que confirma a teoria apresentada, pois verificou-se que os comportamentos ansiosos tiveram início na infância e adolescência, e que a história de vida de cada participante relataram como aconteceu. Segundo Savoia (2001) a ansiedade se desenvolve como consequência de uma experiência de condicionamento traumático, no repertório de vida de cada pessoa. Quando as participantes relataram que a ansiedade teve início na escola, onde professores ou alunos apresentaram uma experiência condicionando as situações de apresentar trabalhos, são aversivas.

A ansiedade social por ser caracterizada por medos persistentes de situações sociais, apresenta uma série de sintomas e comportamentos que foram identificados por meio da Escala SUDS, na sessão 2. Os sintomas e comportamentos apresentados e identificados pelas participantes mantêm um padrão em sua intensidade (figura 6 e 7), em destaque rubor, suar mãos e pés e aumento da frequência cardíaca. Esses sintomas com intensidade de 7 a 10 (totalmente tenso/nervoso) para as participantes do grupo 1 e a grupo 2.

Esses sintomas identificados na Escala SUDS, acompanham outros comportamentos que estão associados a ansiedade social, pois as participantes relataram sentir vontade de fugir ou quando tem a opção de não apresentar trabalhos, não se sentem motivadas para apresentar. Apresentam também evitações que contribuem para manter os sintomas e comportamentos da ansiedade social como não se levantar para tomar água. Segundo Barbosa (2004) os ansiosos sociais têm suas atenções voltadas para o meio externo, então esses comportamentos se mantêm a partir do momento que é um recurso utilizado para evitar situações de se expor.

Para as participantes, apresentar esses sintomas, apresentados nas figuras 6 e 7, principalmente o rubor facial, demonstra insegurança diante do público que está assistindo, gerando a situação de fuga e esquivas, que é a principal consequência do

comportamento de pessoas com ansiedade social de situações de apresentação oral.

A partir do momento que a ansiedade é identificada pelas participantes podem gerar um reconhecimento dos comportamentos e propor mudanças, através de técnicas realizadas. Observando as figuras 1, 2, 3, 4 e 5, verificou-se que houve alteração no escore da última aplicação de teste. A aprendizagem das habilidades sociais praticadas e reforçadas no grupo, contribuíram para a redução desses escores apresentados pelo EFN. Talvez o automonitoramento tenha facilitado a identificação dos estímulos aversivos que estavam contribuindo para o elevado nível de ansiedade.

Conforme a figura 1, o nível de ansiedade, fator N3, apresentado pela participante 1, manteve estável, demonstrando que as intervenções não atingiram o objetivo por meio desse instrumento utilizado, mas com os relatos da participante e observação dos sintomas e comportamentos, observou-se uma modificação comportamental, diante da situação de exposição oral. A participante 2, houve uma redução do nível de ansiedade, confirmado com o relato e observação realizada durante as sessões de intervenções. E a participante 3, que compõe o grupo 1, continuou elevado o escore no nível de ansiedade, mas com redução de uma aplicação para outra do teste.

No grupo 1, a condição de terapia, foi diferente do grupo 2, onde o treinamento das habilidades sociais, foi desenvolvido após o reconhecimento da ansiedade, e as aplicações do teste, foram realizadas após as intervenções. Sendo que o grupo 2, na segunda sessão de linha de base houve aplicação de teste.

Portanto, as participantes do grupo 2, apresentaram uma oscilação no nível de ansiedade, conforme figura 4. A participante 4 apresenta um nível baixo de ansiedade, diminuindo na segunda aplicação do teste e depois elevando significativamente, e ao contrário da participante 2, reduziu o nível de ansiedade. Esses resultados demonstram que a identificação e reconhecimento da ansiedade interferem no desenvolvimento de terapias. Pois, a partir do momento que as participantes identificaram os sintomas reconhecendo seus comportamentos houve uma proposta de mudanças em seus comportamentos, assim como relataram.

Nos testes aplicados verificou que as participantes 1, 2, 3, e 5 (figuras 1, 2, 3 e 5) apresentam um elevado escore no fator N1, tendendo ter uma baixa auto-estima, medo de errar, dificuldades de tomar decisões, insegurança e tende a ter atitudes que vão contra a sua vontade. Esses dados estão interligados ao fator N3, que identifica uma grande variação de humor, temor de perder o controle da situação e ter atitudes inesperadas. Associados também a síndrome do pânico e depressão, fator N4.

O treino de habilidades sociais possibilitou que as participantes fossem reforçadas e estimuladas para falar em público, gerando segurança e controle da intensidade dos sintomas de ansiedade. O treino facilitou que as participantes interagissem com suas experiências e técnicas utilizadas para amenizar a ansiedade, com objetivo de não apresentá-las ao grupo que está assistindo.

Os resultados demonstram a importância do apoio psicológico, para universitários, pois situações aversivas em expressar-se oralmente é comum no ambiente escolar e muitas vezes os professores reforçam cada vez mais com comportamentos punitivos. Acredito que a proposta de intervenções oferecidas às participantes contribuíram para mudança na qualidade de vida. Este estudo trouxe reflexão sobre os comportamentos ansiosos e que as intervenções comportamentais e cognitivas, geram modificação de comportamento neste contexto estudado.

A disponibilidade de cada participante possibilitou que os dados fossem obtidos com sucesso e ainda que algumas variáveis estejam presentes influenciando no desenvolvimento, como o comprometimento dos participantes em todas as sessões, os instrumentos utilizados. Conforme as figuras 2, 3, 5, foram aplicadas duas sessões de testes, sendo uma variável que influencia nos resultados desta pesquisa. Bem como, o tempo destinado a realização das intervenções, pois as sessões foram desenvolvidas sem um intervalo de tempo significativo, para que as participantes praticassem as tarefas de casa e se submetessem a situações conforme o contexto estudado.

O ideal seria que estudos ou programa de assistência a universitários oferecessem intervenções práticas no contexto de ansiedade social, reforçando e treinando as habilidades sociais, por meio de professores e autoridades existentes

no campus. Talvez pesquisas como essa seja um instrumento que favoreça universitários identificar e reconhecer a ansiedade social, e que técnicas de intervenções possam beneficiar esses alunos no decorrer de sua jornada acadêmica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ballone, G.J.(2005). Transtornos Fóbicos-Ansiosos. Em Psiqweb, Internet, disponível em <http://www.psiqweb.med.br/>, revisto em 2005.
- Ballone, G.J.(2005). Ansiedade. Em Psiqweb, Internet, disponível em <http://www.psiqweb.med.br/>, revisto em 2005.
- Ballone, G.J.(2005). Ansiedade Social. In. Psiqweb, Internet, disponível em <http://www.psiqweb.med.br/>, revisto em 2005.
- Barbosa, C. (2003) As implicações de ansiedade na memória de adultos. (Cap. 12). Em, Brandão, M.Z.S [et al](orgs.) Sobre comportamento e cognição: clínica, pesquisa e aplicação. Vol 12. Santo André: ESETec.
- Caballo, V.E. (2003). Manual para tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológico. São Paulo: Santos.
- Caetano, D (2005). Ansiedade e o uso de benzodiazepínicos. Em Psicoweb, internet, disponível em [psicoweb.med.br](http://www.psicoweb.med.br), elaborado em 2005.
- Cury, S.M.L. (2001) Modelo cognitivo da ansiedade (Cap. 28) Em, Wielenska, R.C. (org.) Sobre comportamento e cognição: questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos. Vol 6. Santo André: ESETec.
- Falcone, E. (2002). Quando a timidez se torna um problema. Em, Brandão, M.Z.S (orgs), Conte, F.C.S. & Mezzaroba, S.M.B. Comportamento humano – Tudo ou quase tudo, que você precisa saber para viver melhor. 1ª ed. Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Falcone, E. (2001). A relação entre o estresse e as crenças na formação dos transtornos de ansiedade. (Cap.14). Em, Zamignan, D. R.(org.) Sobre comportamento e cognição:a aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos.Vol.3. Santo André. ESETec
- Falcone, E. (2001). Técnicas cognitivo-comportamentais no tratamento de fobia sócia. (Cap.17). Em, Zamignan, D. R.(org.) Sobre comportamento e cognição:a aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos.Vol.3. Santo André: ESETec.
- Hetem, L.A. & Graeff, F.G. (2004). Transtornos de Ansiedade. São Paulo: Editora Atheneu.
- Hutz, C.S. & Nunes, C.H.S.S. (2001). Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Oliveira, M.A. & Duarte, A.M.M. (2004). Controle de respostas de ansiedade em universitários em situações de exposições orais. Em Revista brasileira de terapia comportamental cognitiva, Vol.VI, nº2.

Peres, J.P. (2001) Transtornos da ansiedade: estratégias de intervenção(Cap. 29) Em Wielenska, R.C. (org.) Sobre comportamento e cognição: questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos. Vol 6. Santo André: ESETec.

Rangé, B.(org) (1998). Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos. São Paulo: Editora Psy

Sandor, P. (1982). Técnicas de Relaxamento. São Paulo: Vetor.

Santos, A.M. (2000) Modelo comportamental da ansiedade. (Cap. 22). Em Kerbauy, R. R. (org.) Sobre comportamento e cognição:conceitos , pesquisas e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico. Vol 05.Santo André: ESETec.

Savoia, M.G. (2001). Determinantes psicossociais dos transtornos ansiosos (Cap 44). Em Guilhardi, H.J. Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade. Vol 07.Santo André: ESETec.

Sidman, M (2003). Coerção e suas implicações. São Paulo: Livro Pleno

Silva, M. T. A. (2001).Modelos animais de ansiedade (CAP. 13). Em, Zamignan, D. R.(org.) Sobre comportamento e cognição:a aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos.Vol.3. Santo André: ESETec.

Silvares, E. F.M. & Meyer, S. B. (2000). Análise funcional da fobia social em uma concepção behaviorista radical. Revista de psiquiatria clínica. Vol 27, nº6.

Skinner, B.F. (2000). Ciência e comportamento humano. São Paulo: Martins Fontes.

Tuner, R.S.(2002). A dessensibilização sistemática. Em Caballo, V. E. (org) Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento, pp 167-195, São Paulo: Santos.

Torres, N. (2001) Ansiedade: o enfoque do Behaviorismo Radical respaldando procedimentos clínicos (Cap. 27). Em Wielenska, R.C. (org.) Sobre comportamento e cognição: questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos. Vol 6. Santo André: ESETec.

ANEXOS

Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Em acordo às Normas da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde-MS)

Instituição participante do Projeto:

- Faculdade de Ciências da Saúde do Centro Universitário de Brasília/UniCEUB

Título do Projeto:

A modificação comportamental da ansiedade de universitários em situações de exposições orais

NOME DO VOLUNTÁRIO: _____: IDADE: ____ anos

A pessoa acima está sendo solicitada a participar como voluntária de uma investigação científica, realizada pelo Centro Universitário de Brasília - UniCEUB, com o objetivo de verificar e modificar o nível de ansiedade apresentado em universitários em situações de exposições orais e qual, com seu pleno consentimento.

Este experimento será realizado primeiro semestre de 2006, em período acordado com os participantes, pela aluna Mônia Camilla da Cunha Arruda e será coordenada pelo professor/orientador Geison Isidro Marinho. Este documento procura fornecer ao participante, informações sobre os procedimentos que serão utilizados na pesquisa.

O voluntário poderá recusar-se a participar da pesquisa ou, mesmo, dela se afastar em qualquer tempo, sem que este fato venha lhe causar qualquer constrangimento ou penalidade por parte da instituição. Os investigadores se obrigam a não revelar a identidade dos voluntários em qualquer publicação resultante deste estudo, assim como poderão interromper a participação do mesmo, a qualquer tempo, por razões técnicas, quando, então, lhe serão fornecidas explicações. Os participantes se obrigam também a manter sigilo sobre os resultados individuais. Esta pesquisa envolve a aplicação de um inventário sobre ansiedade, técnicas de modificação do comportamento e utilização do polígrafo e eletrocardiógrafo. A tarefa dos participantes envolve responder ao inventário e submeter-se as técnicas aplicadas. Os testes serão aplicados gratuitamente.

O tempo estipulado de participação do voluntário é de cinco (05) sessões em média, com duração de cinquenta (50) minutos cada uma.

Antes de assinar este termo, o Sr (a). deve informar-se plenamente sobre o mesmo, não hesitando em formular perguntas sobre qualquer aspecto que julgar conveniente esclarecer. É importante estar ciente das seguintes informações:

- 1- O presente estudo é sobre o nível de ansiedade em universitários.

- 2- Não existem benefícios materiais aparentes para você participar, entretanto, os resultados deste estudo poderão nos ajudar a conhecer melhor os efeitos de certas variáveis sobre a ansiedade.

As avaliações serão gratuitas e não existirão quaisquer ônus para você ou sua família. Esta pesquisa, em si, não trará nenhum risco à saúde para o voluntário. O tempo estipulado de participação do voluntário é de cinco (05) sessões em média, com duração de cinquenta (50) minutos cada uma. Como isso é uma colaboração voluntária, qualquer participante pode interromper sua participação a qualquer momento do estudo, sem nenhum prejuízo para o mesmo. Em caso de alguma necessidade os pesquisadores deverão ser informados pelos telefones:

Mônia Camilla da Cunha Arruda

Geison Isidro Marinho

Nome do voluntário: _____

(LETRA DE FORMA)

Assinatura do voluntário: _____

Observação: Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está apresentado em duas cópias, das quais uma ficará com o voluntário da pesquisa.

Anexo 2 – Questionário de Histórico de Vida

CONFIDENCIAL **QUESTIONÁRIO DE HISTÓRICO DE VIDA**

O objetivo deste questionário é obter um quadro compreensivo de seu histórico de vida. No trabalho científico são necessários registros, visto que eles permitem lidar mais completamente com os problemas de uma pessoa.

É compreensível que você possa estar preocupado com o que acontece com a informação que você fornece sobre sua pessoa, visto que muito desta informação é altamente pessoal. Registros de casos são estritamente confidenciais. *NENHUM ESTRANHO TEM PERMISSÃO DE VER O SEU REGISTRO DE CASO SEM O SEU CONSENTIMENTO.*

Data de preenchimento: _____

1. DADOS GERAIS

Nome: _____

Sexo: _____; Idade: _____ Profissão: _____

Ocupação Atual: _____

Nível de Escolaridade: _____ Natural de: _____;

Estado Civil: _____ Religião: _____

2. DADOS CLÍNICOS

- a. Descreva, em suas próprias palavras, a natureza de seus comportamentos ansiosos e a sua duração: _____

- b. Dê uma breve descrição da história e desenvolvimento da sua ansiedade de falar em público (do início até o presente):

- c. Na escala abaixo, avalie, por favor, a gravidade de sua(s) ansiedade(s):

() Levemente perturbador

() Moderadamente grave

() Muito grave

() Extremamente grave

() Totalmente incapacitador

- d. Quem você já consultou sobre seu(s) problema(s) atual(ais)? _____

3. DADOS PESSOAIS

- a. Sublinhe quais das palavras abaixo se aplicam à sua infância:

pesadelos noturnos

infância feliz

chupar o dedo

sonambulismo

medos
molhar a cama(enurese)
comer as unhas (roer)

gagueira
infância infeliz

Outras: _____

b. Já se submeteu a alguma cirurgia? (Por favor, relacione-as juntamente com sua idade na época): _____

c. Já sofreu algum acidente importante? _____
Descreva-o(s) em poucas palavras: _____

d. Relacione, abaixo, os seus medos principais:

- (1) _____
(2) _____
(3) _____
(4) _____

e. Sublinhe quaisquer das condições abaixo que se aplicam à sua pessoa:

<i>dores de cabeça</i>	<i>palpitações</i>
<i>distúrbios intestinais</i>	<i>pesadelos</i>
<i>sentir tensão</i>	<i>depressão</i>
<i>incapacidade para relaxar</i>	<i>não gostar de fins de semana e férias</i>
<i>não conseguir fazer amigos</i>	<i>problemas financeiros</i>
<i>problemas de estômago</i>	<i>tonteira</i>
<i>não conseguir manter um emprego</i>	<i>fadiga</i>
<i>ingestão de sedativos</i>	<i>sentir pânico</i>
<i>idéias suicidas</i>	<i>problemas sexuais</i>
<i>superambição</i>	<i>sentimentos de inferioridade</i>
<i>problemas de memória</i>	<i>dificuldade de concentração</i>
<i>desmaios</i>	<i>falta de apetite</i>
<i>tremores</i>	<i>tomar drogas</i>
<i>timidez com as pessoas</i>	<i>não poder tomar decisões</i>
<i>problemas em casa</i>	<i>incapacidade para divertir</i>

Outras: _____

f. Sublinhe quaisquer das seguintes palavras que sejam aplicáveis à sua pessoa:

- *sem valor, sem utilidade, “zé-ninguém”, “vida vazia”;*
- *inadequado, estúpido, incompetente, ingênuo, “não consigo fazer nada direito”;*
- *culpado, mau, moralmente errado, pensamentos horríveis, hostil, cheio de ódio;*
- *ansioso, agitado, covarde, inassertivo, em pânico, agressivo;*
- *feio, deformado, não-atraente, repulsivo;*
- *deprimido, solitário, não-amado, mal-entendido, entediado, inquieto;*
- *confuso, sem confiança, conflituoso, cheio de remorsos;*
- *digno, simpático, inteligente, atraente, confiante, considerado;*
- Outras: _____

g. Interesses, hobbies e atividades atuais: _____

h. Como a maior parte de seu tempo livre é ocupada? _____

i. Você sofreu alguma reprovação na escola? _____

Explique: _____

j. Habilidades escolares/pontos fortes: _____

Pontos fracos: _____

l. Relacionamento com os professores e colegas (em geral): _____

m. Você já foi ameaçado(a) ou gravemente atormentado(a) na escola? Explique: _____

n. Você faz amigos facilmente? _____ Você os mantém? _____

Explique: _____

4. DADOS OCUPACIONAIS

a. Que tipo de trabalho você está fazendo atualmente? _____

b. Que tipos de trabalho teve no passado? _____

c. O seu trabalho atual o(a) satisfaz? (se não, em que aspectos você está insatisfeito(a)?) _____

d. O que você gasta está compatível com o que você ganha? Explique: _____

5. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

a. Relate quaisquer experiências perturbadoras ou atemorizantes não mencionadas previamente: _____

b. Relacione quaisquer situações que o(a) fazem sentir-se particularmente ansioso(a): _____

c. Relacione quaisquer situações que o(a) fazem sentir-se calmo(a) ou relaxado(a): _____

d. Você já perdeu o controle de temperamento ou de sua conduta (chorando ou agredindo, por exemplo)? Se sim, descreva por favor: _____

6. AUTODESCRIÇÃO

Por favor, complete o seguinte:

Eu sou _____
Eu sou _____
Eu sou _____
Eu sou _____
Eu sinto _____
Eu sinto _____
Eu sinto _____
Eu sinto _____
Eu penso _____
Eu penso _____
Eu penso _____
Eu penso _____
Eu desejo _____
Eu desejo _____
Eu desejo _____
Eu desejo _____

Use os espaços em branco abaixo para dar uma descrição de você como seria descrito em ambiente escolar:

a) Por você mesmo(a); _____

b) Por sua(seu) professor (a): _____

c) Por seu (sua) colega de sala; _____

(Use o verso da folha, se necessário)

CONFIDENCIAL

Anexo 3 – Entrevista Semi-Extruturada

1. O que acontece quando precisa expor suas idéias em sala de aula?
2. Sente algum sintoma diferente quando precisa se expor?
3. Quais as reações fisiológicas que sente quando está ansioso?
4. O que imagina quando está prestes a falar em público?
5. Quais são os momentos que mais se sente ansioso?
6. O que a ansiedade gera positivamente em você?
7. O que a ansiedade gera negativamente em você?
8. O que você faz quando se sente ansioso?
9. Quais os momentos em que mais se sente ansioso?

Anexo 4 – Escala SUDS (Unidade Subjetiva de Ansiedade)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Completamente Relaxado									Totalmente Nervoso	

Agora, você tem a faixa completa da escala para avaliar o nível de ansiedade. Para praticar o uso da pontuação SUD, pode descrever uma série de situações. Para cada situação, escute a descrição da cena e imagine que a situação está acontecendo com você. Depois de imaginar a situação, escreva a quantidade de ansiedade (pontuação SUD) que sente. Quando imaginar a situação, tente descrever como se sentiria se esta cena estivesse realmente acontecendo. Tente identificar áreas que se sente mais tenso, como por exemplo, pálpebras, dor de estômago...etc.

Possíveis sinais na expressão de ansiedade ou nervosismo

1. Tremor dos joelhos
2. Braços rígidos
3. Automanipulações (coçar-se, friccionar-se, etc)
4. Limitação dos movimentos das mãos (nos bolsos, nas costas, entrelaçadas,)
5. Tremor nas mãos
6. Ausência de contato visual
7. Músculos do rosto tensos (caretas, tiques, etc)
8. Rosto inexpressível
9. Rosto pálido
10. Corar ou enrubescer
11. Umedecer os lábios
12. Engolir saliva
13. Respirar com dificuldade
14. Respirar mais devagar ou mais depressa
15. Suar (rosto, mãos, axilas, pés)
16. Voz estridente / tremula
17. Gagueira ou frases entrecortadas
18. Correr ou apressar-se os passos
19. Balançar-se

- 20. Arrastar os pés
- 21. Pigarrear
- 22. Boca seca
- 23. Dor ou acidez no estômago
- 24. Aumento da taxa cardíaca
- 25. Balanço das pernas / pés quando está sentado ou com uma perna sobre a outra
- 26. Roer as unhas
- 27. Morder os lábios
- 28. Sentir náuseas
- 29. Sentir vertigens
- 30. Sentir como se estivesse afogando
- 31. Ficar imobilizado
- 32. Não saber o que dizer

(CABALLO, V.E. (2003). **Manual para tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológico)**

Anexo 5 – Relaxamento Progressivo de Jacobson (Treinamento Individual)

1. Mãos: Tensionar e relaxar os punhos. Primeiro um, logo o outro, e mais tarde os dois.

2. Antebraço: Um de cada vez, as mãos seguram o braço da poltrona e apertam.

3. Bíceps e tríceps: Retesam-se e relaxam-se esses grupos de músculos na mesma seqüência que as mãos. Os bíceps são retesados dobrando o braço e retesando-se. Os tríceps podem ser retesados estendendo o braço e empurrando para baixo, sobre o braço da poltrona, com a parte posterior do antebraço.

4. Ombros: Podem se retesados empurrando-os para a frente e para trás.

5. Pescoço: Primeiro, inclina-se a cabeça para a frente até que o queixo toque no peito. No segundo passo, joga-se a cabeça para trás e logo para a esquerda e para a direita.

6. Boca: Deve-se abrir a boca tanto quanto possível. A seguir, apertam-se os lábios fortemente.

7. Língua: Aperta-se a língua contra o palato máximo possível. Logo, aperta-se contra o solo da boca. Mais tarde, coloca-se para fora da boca tanto quanto possível.

8. Olhos: Primeiro, abrem-se os olhos o máximo possível. A seguir, fecham-se, apertando-os. Fortemente. Mais tarde, com os olhos fechados, levantam-se as sobrancelhas; isto elevará a tensão da testa.

9. Costas: Mantendo as costas contra a poltrona, empurre os ombros para a frente. Logo, levante os ombros para trás e a parte baixa das costas para frente.

10. Abdômen: Empurre adiante os músculos abdominais.

11. Nádegas: Retese os músculos das nádegas empurrando-os para a frente e junto com os quadris.

12. Coxas: Estenda as pernas, levante-as 5 cm e estire-as para fora o quanto seja possível.

13. Panturrilha: Estenda as pernas para fora, com os dedos dos pés retos.

14. Dedos dos pés: Primeiro, curvam-se os dedos dos pés para baixo e apertam-se contra parte inferior do sapato e, em segundo lugar, apertam-se contra a parte superior do sapato.

TUNER, R.S.(2002). A dessensibilização sistemática. In V. E. CABALLO (org) Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento, pp 167- 195, São Paulo:

Santos

Anexo 6 - Quadro 1- Registro de Automonitoramento dos Primeiros Sinais de Ansiedade

[illegible]

Anexo 7 – Quadro 2- Registro dos Exercícios de Relaxamento (treino)

[illegible]

